



Kinesiterapia de la gonartrosis femorotibial no operada

J.-L. Estrade

El tratamiento multimodal de la gonartrosis en kinesiterapia está reconocido en la actualidad. De forma preventiva, la exploración global del aparato locomotor puede poner de manifiesto los factores que favorecen su aparición, tratar trastornos aún reversibles e informar al paciente de su pronóstico. Cuando la gonartrosis radiológica y clínica se confirma, diversas pistas validadas permiten limitar o retrasar el uso de la cirugía, mediante tratamientos físicos manuales específicos y el seguimiento de las actividades físicas solicitadas al paciente.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Gonartrosis no operada; Exploración física; Kinesiterapia; Masaje; Terapia manual; Ejercicios

Plan

■ Generalidades	1	■ Tratamientos	12
Definición	2	Objetivos y principios	13
Artrosis	2	Objetivos	13
Cartílago	2	Contraindicaciones para el tratamiento por un kinesiterapeuta	13
Biomecánica de la gonartrosis	2	Individuos que se pueden beneficiar al máximo de las sesiones de kinesiterapia	13
■ Estudio del paciente con gonartrosis	5	Efectos indeseables o secundarios de la kinesiterapia	13
Recepción del paciente y anamnesis	5	Individualización del tratamiento	13
Características del paciente y factores favorecedores	5	■ Tratamientos pasivos	13
Síntomas referidos por el paciente	5	Masaje	13
Exámenes radiológicos y fármacos	6	Agentes físicos	14
■ Exploración del paciente en posición de pie	7	Técnicas de recuperación de la extensión pasiva	15
Estática	7	Técnicas de recuperación de la flexión pasiva	17
Marcha	7	■ Tratamientos activos	17
■ Exploración del paciente sentado	7	Interés	17
■ Exploración del paciente en decúbito	7	Principios	18
Exploración morfológica	7	Ejemplos de ejercicios	18
Exploración mediante palpación	9	■ Higiene de vida	20
Pruebas	9	Ayudas para la marcha, ayudas en el domicilio	20
Exploración de la movilidad articular de los miembros inferiores	9	Adaptación del puesto de trabajo	20
Exploración de la fuerza muscular	10	Consejos dietéticos	20
■ Escalas	11	Marcha	20
Índice algofuncional de Lequesne	11	Deporte	21
Índice Western Ontario and McMaster Universities	11	■ Ortesis	21
Osteoarthritis	11	Ortesis de rodilla	21
Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score	11	■ Conclusión	22
Escalas que miden las capacidades físicas de los pacientes con gonartrosis	11		
■ Diagnóstico kinesiterapéutico	11		
Comportamiento del paciente frente a su patología	11		
Síntesis de la evaluación-diagnóstico kinesiterapéutico	11		

■ Generalidades

La gonartrosis es la causa más frecuente de las incapacidades en los ancianos y su aumento acompaña al incremento de la esperanza de vida^[1]; el 30-40% de los pacientes que la sufren tienen también una coxartrosis^[2].

Definición

La gonartrosis se define como un dolor en la rodilla en un paciente mayor de 50 años, reconocible por sus criterios positivos (sensación de rigidez menor de 30 minutos al día, crepitaciones, sensibilidad ósea, osteofitos) y sus criterios negativos (rodilla fría, velocidad de sedimentación globular menor de 40 mm/h, ausencia de factor reumatoideo).

Criterios clínicos diagnósticos

Una gonalgia con rigidez matinal de menos de 30 minutos y/o crepitaciones durante los movimientos activos y/o deformaciones de la rodilla visibles permiten establecer el diagnóstico de gonartrosis.

Artrosis

La artrosis es la patología articular más frecuente^[3] y esta frecuencia está en aumento^[4]. Sus consecuencias son enormes: el impacto físico y psíquico del dolor, la reducción de la movilidad y de la calidad de vida, los costes directos de diagnóstico y de tratamiento, así como los costes indirectos relacionados con las bajas laborales pueden cifrarse en Estados Unidos en miles de millones de dólares^[5]. La gonartrosis supone el 24% de las artrosis de la población general adulta^[1].

Cartílago

Durante la aplicación de una tensión mecánica, el cartílago se deprime. En condiciones normales, sus condrocitos, cargados de agua, le permiten recuperar su volumen inicial al retirar la carga. Las alternancias de compresión y de descarga aseguran su nutrición. El límite entre envejecimiento fisiológico del cartílago y la evolución artrósica no está claramente delimitado. Las modificaciones del número y de la calidad de los condrocitos hacen que el cartílago disminuya sus capacidades de retención de agua. El cartílago hialino pierde sus cualidades biomecánicas y se agrieta. Su superficie, lisa como el cristal originariamente, se fisura, hasta adoptar un aspecto aterciopelado. Estas fisuraciones dan lugar al desprendimiento de fragmentos cartilaginosos en la cavidad articular, simultáneos de una inflamación de la membrana sinovial.

Biomecánica de la gonartrosis

Los defectos mecánicos son predominantes en la aparición de la gonartrosis^[6]. Pueden ser artrógenos por sí mismos, aunque no explican todo el proceso.

La forma de la articulación, las fuerzas que sufre y su estructura pueden ser responsables de la degradación: la demostración de la presencia de mecanorreceptores sensibles a modificaciones prolongadas en la superficie de los condrocitos podría explicar cómo se activaría bioquímicamente esta estructura por estímulos únicamente mecánicos^[7].

Rodilla sana en carga

La cortical de los huesos en general y del fémur en particular resiste mejor las tensiones de compresión y peor las tensiones en tracción (Fig. 1).

En un individuo que esté en apoyo monopodal o aumentado en un lado, la resultante del peso del cuerpo menos el peso del miembro que soporta mayoritariamente la carga pasa por un plano medial al muslo y a la rodilla. Tiende a hacer que el fémur se curve medialmente y comprime el compartimento medial de la rodilla, que soporta la parte esencial de la carga.

Como reacción, la cintilla iliotibial y el deltoides glúteo resisten a las tensiones de tracción impuestas en la cortical lateral del fémur. Al igual que otros músculos

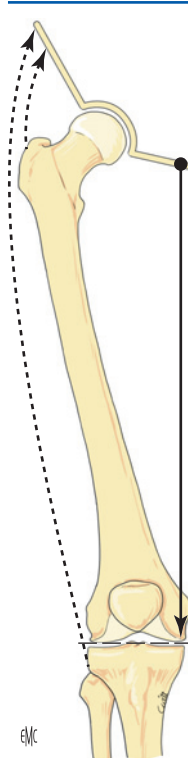


Figura 1. Obenques laterales del miembro inferior en apoyo monopodal.



Figura 2. Contracción protectora del vasto lateral en carga.

poliarticulares, el brazo de palanca de la fascia lata está aumentado por su situación superficial.

La contracción voluminosa del músculo vasto lateral aumenta aún más la longitud de este brazo de palanca a la vez que crea un manguito protector para el hueso femoral (Fig. 2).

Este obenque lateral equilibra las fuerzas compresivas mediales y permite, en apoyo monopodal, una distribución equivalente de la carga en los dos compartimentos de la rodilla manteniendo el paralelismo de las superficies articulares.

Ejes mecánicos del miembro inferior

El eje mecánico del miembro inferior une el centro de la cabeza femoral con el punto medio de la articulación del tobillo, en un plano frontal (Fig. 3). Pasa normalmente por el centro de la articulación de la rodilla, entre las dos espinas tibiales.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2615745>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2615745>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)